



Formulario de Revisión anual de derechos

Para continuar su cobertura de atención médica de Healthy Families

Instrucciones

Para continuar la cobertura de Healthy Families, usted debe llenar este formulario, anexar todos los papeles y enviar todo por correo a nuestras oficinas de manera que lo recibamos a más tardar el

¿Preguntas?

Si tiene alguna pregunta sobre el formulario, llame a Healthy Families al **1-888-439-4741**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. o los sábados de 8 a.m. a 5 p.m. La llamada es gratuita.

Dirección postal

Dirección de su casa

← **¿Son correctos su nombre y dirección?**

Si alguna información está mal, por favor táchela. Anote la información correcta a un lado.

Family Member Number:

Tel. casa:

Trabajo:

Recados:

1. Niños que ya están en Healthy Families.

¿Aún viven en su casa los niños indicados abajo? Si no es así, tache sus nombres.

¿Alguno de los niños tiene ingresos? Por ejemplo, mantenimiento infantil. Si es así, anote sus ingresos. Usted tendrá que enviar por correo pruebas de ingresos con este formulario. *Si tiene alguna pregunta sobre ingresos, vea el folleto **Miembros de la familia e ingresos** que llegó con este formulario.*

Niño <u>en</u> Healthy Families	Fecha de nacimiento	Parentesco con	Ingresos mensuales del niño, si los hay
---------------------------------	---------------------	----------------	---

2. ¿Alguno de estos niños ha tenido seguro médico patrocinado por un patrón en los últimos 3 meses? Sí No

Si es así ¿quienes? _____

¿Cuándo terminó el seguro? _____ ¿Por qué terminó? _____

¿Preguntas? Llame al 1-888-439-4741, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., sábados de 8 a.m. a 5 p.m. La llamada es gratis.



3. Ingresos del solicitante y otros adultos.

Llene la información de abajo. Usted tendrá que enviar por correo pruebas de ingresos con este formulario. *Si tiene alguna pregunta sobre ingresos o sobre quién cuenta como adulto viviendo en el hogar, vea el folleto **Miembros de la familia e ingresos** que llegó con este formulario.*

Si los adultos de abajo no viven en la casa, por favor táchelos y agregue los nombres de quienes vivan en la casa.

Miembro de la familia adulto que vive en la casa	Parentesco con	Parentesco con los niños	Ingresos brutos (antes de impuestos)	¿Qué tan seguido recibe sus ingresos?
	Solicitante	<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Otro _____	\$ Envíe pruebas de ingresos	<input type="checkbox"/> una vez a la semana <input type="checkbox"/> cada dos semanas <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> una vez al mes
		<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Otro _____	\$ Envíe pruebas de ingresos	<input type="checkbox"/> una vez a la semana <input type="checkbox"/> cada dos semanas <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> una vez al mes

4. Niños que vivan en la casa que no estén en Healthy Families en este momento.

- Tache a todos los niños que ya no vivan en la casa. Nota: Si algún niño asiste a la escuela en otra población y lo deduce como dependiente fiscal, éste será considerado como que vive en casa.
- Anote los ingresos mensuales de los niños si los tienen.
- ¿Le gustaría que alguno de los niños esté en Healthy Families? Marque "Sí" o "No" en las casillas.
- Si quiere que alguno de los niños anotados más abajo esté en Healthy Families, usted tendrá que llenar un **formulario para Agregar una persona**.

Niño que <i>no</i> está en Healthy Families	Fecha de nacimiento	Parentesco con	Ingresos mensuales del niño, si los hay	¿Quiere que el niño esté en Healthy Families?
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

5. ¿Alguno de estos niños ha tenido seguro médico patrocinado por un patrón en los últimos 3 meses? Sí No

Si es así ¿quienes? _____
 ¿Cuándo terminó el seguro? _____ ¿Por qué terminó? _____

6. ¿Hay otros niños viviendo en la casa que no estén anotados en las Preguntas 1 ó 4?

- Si hay algún otro niño en la casa, anótelo aquí. *Si tiene alguna pregunta sobre a quién anotar, vea el folleto **Miembros de la familia e ingresos** que llegó con este formulario.*
- Si alguien de la casa está embarazada, anote "Niño por nacer" en el área de "Niño" de abajo.
- Si quiere hacer una solicitud por estas personas ahora, marque en la casilla "Sí". Usted tendrá que llenar el **formulario para Agregar una persona**.

Niño que <i>no está</i> en Healthy Families	Fecha de nacimiento	Ingresos mensuales del niño, si los hay	Parentesco con	¿Quiere que el niño esté en Healthy Families?
		\$ Envíe pruebas de ingresos	<input type="checkbox"/> hijo <input type="checkbox"/> hijastro <input type="checkbox"/> otro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		\$ Envíe pruebas de ingresos	<input type="checkbox"/> hijo <input type="checkbox"/> hijastro <input type="checkbox"/> otro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		\$ Envíe pruebas de ingresos	<input type="checkbox"/> hijo <input type="checkbox"/> hijastro <input type="checkbox"/> otro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

7. ¿Alguien de su casa está embarazada? **Sí** **No**

Si es así ¿quién? _____

Fecha esperada del parto: ___/___/___

Mes / Día / Año

8. Deducciones de ingresos por gastos.

Si usted paga guardería infantil o cuidado de una persona incapacitada o si paga mantenimiento infantil o pensión por alimentos por orden de un juez, posiblemente pueda restar (deducir) esos costos de los ingresos de su hogar. Llene la información de abajo.

Sólo anote los gastos pagados por los padres de este formulario. Usted tiene que enviar por correo pruebas de gastos con este formulario. Las pruebas pueden ser copias de sus facturas o de la orden de un juez. *Si tiene alguna pregunta sobre gastos deducibles, vea el folleto **Miembros de la familia e ingresos** que llegó con este formulario.*

Gastos de guardería infantil que usted paga mensualmente por <u>niños menores de 2 años</u> . (El máximo permitido es de \$200.)	\$ Envíe pruebas de gastos
Gastos de guardería infantil que usted paga mensualmente por <u>niños de 2 años y mayores</u> . (El máximo permitido es de \$175.)	\$ Envíe pruebas de gastos
Gastos por cuidado de un dependiente incapacitado que usted paga mensualmente. (El máximo permitido es de \$175.)	\$ Envíe pruebas de gastos
Pensión por alimentos ordenada por un juez que usted paga mensualmente.	\$ Envíe pruebas de gastos
Mantenimiento infantil mensual ordenado por un juez que usted paga mensualmente.	\$ Envíe pruebas de gastos
Por cada padre que trabaje, deduciremos hasta \$90 por gastos relacionados con el trabajo.	



9. Avisos de Healthy Families

Declaraciones

Declaro que cada una de las personas por las que estoy solicitando:

- Es residente de California
- No está en la cárcel ni en un hospital mental
- No reúne los requisitos para Medicare Parte A y Parte B
- No reúne los requisitos para ningún programa de Beneficios médicos del sistema de jubilación para los empleados públicos de California ni reúne los requisitos para ningún programa de Beneficios médicos del sistema de jubilación para los empleados públicos de California, pero la contribución del patrón para los dependientes es menor que \$10.

Además, declaro que:

- Todas las personas de este formulario cumplirán con las reglas de participación, el proceso de revisión de utilización y el proceso de resolución de disputas de los planes participantes a los que las personas estén afiliadas.
- He leído y entiendo el Manual de Healthy Families. Entiendo lo que dice acerca de cada plan de seguro médico, dental y plan de cuidado de la vista y los beneficios que ofrecen. Puede leer el manual en internet en: www.healthyfamilies.ca.gov.
- Doy permiso para que Healthy Families compruebe mis ingresos familiares, cobertura médica, situación migratoria de las personas por las que estoy solicitando y todos los demás datos de este formulario. Entiendo que se usará información proporcionada por otros programas de servicios médicos federales o estatales para averiguar si las personas por las que solicito reúnen los requisitos de Healthy Families.
- Estoy solicitando por todos mis hijos que reúnen los requisitos para Healthy Families, a menos que ya estén afiliados o a menos que sólo solicite por mí mismo.

- Entiendo que enviarán el formulario a Medi-Cal si mis ingresos están por debajo de las pautas de Healthy Families. Medi-Cal Program da cobertura de atención médica para niños que reúnen los requisitos para sus programas. Medi-Cal usará este formulario y puede pedir información adicional para ver si mis hijos reúnen los requisitos de Medi-Cal.
- Acepto avisar al programa, a más tardar 30 días después, todo cambio de dirección de cualquier solicitante aceptado en el programa y cualquier cambio en la dirección de facturación del solicitante.

Privacidad

La ley requiere que usted proporcione la información pedida para solicitar Healthy Families. (Título 10, CCR, § 2699.6600) La información personal y médica que usted proporcione se usará solamente para identificarlo a usted y para administrar el programa. Esto significa que compartiremos su información con las agencias y planes a los que usted quiera afiliarse.

Acceso a sus expedientes

Usted tiene derecho de acceso a los expedientes llevados por Managed Risk Medical Insurance Board que contienen su información personal. Si así lo desea, comuníquese con:

Managed Risk Medical Insurance Board
Attn: HIPAA Coordinator
P.O. Box 2769
Sacramento, CA 95812-2769
(916) 324-4695

10. Declaración y firma (*obligatorias*)

Declaro bajo pena de perjurio, bajo las leyes estatales de California, que he leído este formulario y que las respuestas proporcionadas y que a lo mejor de mi conocimiento, los documentos anexos son correctos y verdaderos. Certifico que he leído y entendido los Avisos y declaraciones anteriores.

El solicitante firma aquí: _____ Fecha: _____



11. Llene más abajo ÚNICAMENTE si un Asistente certificado para solicitudes (CAA) lo ayudó a llenar este formulario.

Marque esta casilla y firme más abajo para permitir que Healthy Families y Medi-Cal hablen con un representante de la Entidad de afiliación (EE) anotada más abajo acerca de la situación de este formulario. Este permiso terminará en la fecha en que el programa envíe por correo la decisión de su Revisión anual de requisitos.

Certifico que el CAA anotado más abajo me ayudó a llenar este formulario. Este CAA me ayudó gratuitamente.

Firma del solicitante _____ Fecha: _____

Nº del CAA _____ Nº de la EE _____

Firma del CAA _____ Fecha: _____

El estado no reembolsará a la EE a menos que el CAA llene completa y correctamente esta sección cuando se presente este formulario

12. Envíe el formulario por correo o fax a Healthy Families.

Envíe por correo este formulario, las pruebas de ingresos y las pruebas de gastos a:

**Healthy Families
PO Box 138005
Sacramento, CA 95813-80005**

También, puede enviar por fax el formulario y los papeles al **1-866-848-4975**. El número de fax es gratuito.

Escriba su Family Member Number en todos los papeles que envíe. Su Family Member Number es el: